

Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst

R.F.P. DE WINTER, M.H. DE GROOT, M. VAN DASSEN, M.L. DEEN, D.P. DE BEURS

ACHTERGROND De psychiatrische crisisdiensten spelen een belangrijke rol in de herkenning, behandeling en preventie van suïcide en suïcidaal gedrag. Er is weinig bekend over de beoordelingen van suïcidaal gedrag door de crisisdienst.

DOEL Beschrijven van relaties tussen patiëntkenmerken en suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij beoordelingen door de crisisdienst van Den Haag.

METHODE De crisisdienst had 14.705 beoordelingen gedetailleerd geregistreerd. We vergeleken patiëntkenmerken van beoordelingen waarbij wel of geen sprake was van suïcidaal gedrag en/of suïcidepogingen. Verschillen werden getoetst met logistische regressie, gecorrigeerd voor clustering van patiëntkenmerken binnen herhaalde beoordelingen.

RESULTATEN Bij 33,2% was er suïcidaal gedrag en bij 9,2% een suïcidepoging. Suïcidaal gedrag kwam het vaakst voor bij depressie. Suïcidale patiënten werden vaker opgenomen dan niet-suïcidale patiënten en werden voornamelijk door de huisarts verwezen. Patiënten die een suïcidepoging deden, waren, onder andere, vaker vrouw en werden vooral door de huisarts of een algemeen ziekenhuis verwezen. De meest gebruikte methode was door middel van medicatie.

CONCLUSIE Bij ongeveer een derde van de beoordelingen door de crisisdienst is er suïcidaal gedrag. Het handelen en het beleid door de crisisdienst, bij suïcidaal gedrag, is divers en hangt mede af van factoren welke aankomende jaren kunnen veranderen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 140-149

TREFWOORDEN acute psychiatrie, outreachend, spoedeisende psychiatrie, suïcidaal gedrag, suïcidepogingen



ARTIKEL



Het aantal suïcides neemt in Nederland toe. In 2007 waren er 1353 suïcides en is in acht jaar met bijna 40% gestegen tot 1871 in 2015 (Aleman & Denys 2014; www.cbs.nl). Suïcide staat in op de 15de plaats als doodsoorzaak (www.cbs.nl) en op de 2de plaats als niet-natuurlijke doodsoorzaak (de Winter & Kerkhof 2012). De economische recessie wordt gezien als belangrijke oorzaak voor de stijging (Rihmer e.a. 2013; Reeves e.a. 2014). Mogelijke gerelateerde oorzaken zijn stijgende werkloosheid en verminderde toegankelijkheid van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Suïcide is een zeldzame uitkomst van het totale spectrum van suïcidaal gedrag. Jaarlijks hebben ongeveer 400.000 mensen suïcidegedachten en worden ongeveer 96.000 suïcidepogingen gedaan (Ten Have e.a. 2006). Jaarlijks komen 15.000 mensen voor behandeling van een suïcidepoging in een ziekenhuis (Hoeymans & Schoemaker 2010). Een fractie van de personen met suïcidaal gedrag sterft dus door suïcide. Suïcidaal gedrag krijgt de laatste jaren meer aandacht. In 2012 verscheen de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MRSG) (Van Hemert e.a. 2012).

Personen die worden beoordeeld na een suïcidepoging vormen een groep mensen die een of meer suïcidepogingen hebben overleefd. Deze groep verschilt wat betreft demografische kenmerken en primaire diagnose van de groep die door suïcide sterft zonder suïcidepogingen in de voorgeschiedenis (Wexler e.a. 2012). Vrouwen doen vaker een suïcidepoging dan mannen, terwijl mannen vaker overlijden door suïcide (Isometsa 2013). Van alle personen die door suïcide overlijden, is circa 40% op dat moment in zorg bij de ggz (Huisman e.a. 2010).

De spoedeisende psychiatrie (crisisdienst, 7 x 24-uursdiensten) speelt een belangrijke rol in de consultatie over suïcidaal gedrag. Indien een hulpverlener (huisarts/politie-agent/verpleegkundige) suïcidaal gedrag als risicovol inschat, wordt de betrokkene beoordeeld door een psychiatrische crisisdienst. De spoedeisende psychiatrie is 'de voordeur', waarna vervolgbehandeling van het suïcidale gedrag wordt ingezet (Van Hemert e.a. 2012). Onderzoek laat zien dat psychiatrische 24-uurscrisisdiensten bijdragen aan het verminderen van suïcides (While e.a. 2012). Hoewel de diensten vaak te maken hebben met suïcidaal gedrag, is hier weinig systematische kennis over.

In deze studie onderzochten wij kenmerken van personen die werden beoordeeld door de 24-uurscrisisdienst in Den Haag.

METHODE

Kwantitatief beschrijvend onderzoek van beoordelingen door de Haagse crisisdienst waarbij gekeken werd naar de relaties tussen patiëntkenmerken en de aanwezigheid van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen.

Tussen 1 juli 2009 en 10 september 2014 werden van alle beoordelingen klinische en demografische parameters geregistreerd en, indien nodig, daarna aangevuld met gegevens uit andere bronnen, bijvoorbeeld databases van zorgdeclaraties en bij gemeenten via het burgerservicenummer. Van elke persoon werden leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en etniciteit geregistreerd. Etniciteit werd geoperationaliseerd volgens de indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Keij 2000; www.cbs.nl).

Voor de primaire diagnose werd de best passende classificatie volgens de DSM-IV-TR aangehouden (APA 2004), gebaseerd op een klinisch oordeel of een eerder gestelde diagnose. Tevens werden het type verwijzer en type zorg dat werd ingezet geregistreerd. Suïcidaal gedrag werd gescoord als 'er sprake was van (een vermoeden van) suïcidedachten, en/of voorbereidingshandelingen en/of pogingen die een zekere intentie uitdrukten om zichzelf te doden.' Een suïcidepoging werd gedefinieerd als 'een handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de persoon door de verwachting van schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen of door het risico

AUTEURS

REMCO DE WINTER, psychiater, kennisdomeinleider, manager zorg, Parnassia Groep, Den Haag, en senior onderzoeker, VU, Amsterdam.

MARIEKE DE GROOT, senior onderzoeker, VU, Amsterdam, en destijds lid van de MRSG-werkgroep.

MARINA VAN DASSEN, arts in opleiding tot psychiater, Parnassia Groep, Den Haag.

MATHIJS DEEN, psycholoog, promovendus en statisticus, Parnassia Groep, Den Haag.

DEREK DE BEURS, psycholoog en senior onderzoeker, NIVEL, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. R.F.P. de Winter, Nectarinestraat 10, 2552 LZ Den Haag.

E-mail: info@suïcidaliteit.nl

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-10-2016.

daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen' (Kerkhof & Van Luyn 2010; van Hemert e.a. 2012).

Databewerking en -analyse

Categoriale variabelen werden getransformeerd tot *dummy*variabelen. Ontbrekende waarden werden gecodeerd als 'onbekend'. Aantallen en percentages werden berekend met beschrijvende statistiek. De percentages 'onbekend' voor etniciteit, burgerlijke staat, primaire diagnose, verwijzers en beleid in de twee subgroepen (zie **TABEL 1**) verschilden niet ten opzichte van alle beoordelingen. We berekenden de percentages 'onbekend' voor alle beoordelingen en voor de twee subgroepen met de beoordelingen zonder de gevallen met ontbrekende waarden (*available case analysis*). Dit leverde geen verschillen op ten opzichte van de berekeningen met de ontbrekende waarden. We concludeerden dat er geen systematische ontbrekende waarden waren in de twee subgroepen.

Relaties tussen patiëntkenmerken en suïcidaal gedrag en suïcidepogingen werden berekend met logistische regressiemodellen, met suïcidaal gedrag (1 = ja; 0 = nee) (**TABEL 2**) respectievelijk suïcidepogingen (1 = ja; 0 = nee) (**TABEL 2**) als afhankelijke variabelen. De groep met suïcidaal gedrag werd vergeleken met de groep waarbij er geen suïcidaal gedrag was. De groep pogers werd vergeleken met de groep niet-pogers (inclusief de resterende groep met suïcidaal

TABEL 1 Patiëntkenmerken bij face-to-facebeoordelingen door de Haagse crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst in beoordelingen waarbij suïcidaal gedrag of respectievelijk suïcidepogingen voorkwamen

| | Alle beoordelingen n (%) | Suïcidaal gedrag n (%) | Suïcidepoging n (%) |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| n (% van alle consulten) | 14705 (100) | 4741 (32,2) | 1364 (9,2) |
| unieke patiënten (n) | 7969 | 3277 | 1115 |
| consulten per patiënt (min-max n) | 1-47 | 1-46 | 1-46 |
| Gem. leeftijd in jaren (SD) | 44,0 (16,5) | 41,3 (15,1) | 39,7 (15,6) |
| geslacht man | 7901 (53,7) | 2310 (48,7) | 591 (43,3) |
| Etniciteit | | | |
| Nederlands | 8767 (59,6) | 3087 (65,1) | 809 (59,3) |
| Anders westers | 1372 (9,3) | 355 (7,5) | 110 (8,1) |
| Marokko | 550 (3,7) | 137 (2,9) | 40 (2,9) |
| Nederlandse-Antillen | 357 (2,4) | 84 (1,8) | 30 (2,2) |
| Turkije | 469 (3,2) | 157 (3,3) | 68 (5,0) |
| Suriname | 1352 (9,2) | 387 (8,2) | 123 (9,1) |
| Anders niet-westers | 1141 (7,8) | 315 (6,6) | 113 (8,3) |
| Onbekend | 697 (4,7) | 219 (4,6) | 71 (5,2) |
| Burgerlijke staat | | | |
| Gehuwd of samenwonend | 2285 (15,5) | 832 (17,5) | 275 (20,2) |
| Nooit gehuwd geweest of samengewoond | 7058 (48,0) | 2278 (48,0) | 614 (45,0) |
| Relatie verbroken (gescheiden) | 1886 (12,8) | 672 (14,2) | 184 (13,5) |
| Weduwe/weduwnaar | 505 (3,4) | 151 (3,2) | 37 (2,7) |
| Relatie onbekend | 2971 (20,2) | 808 (17,0) | 254 (18,6) |
| Primaire diagnose | | | |
| Depressieve stoornis | 2038 (13,9) | 1349 (28,5) | 392 (28,7) |
| Overige stemmingsstoornissen | 1092 (7,4) | 255 (5,4) | 54 (4,0) |
| Neurotische/angststoornis | 1058 (7,2) | 444 (9,4) | 113 (8,3) |
| Aanpassingsstoornis | 314 (2,1) | 171 (3,6) | 61 (4,5) |
| Persoonlijkheidsstoornis | 987 (6,7) | 521 (11,0) | 176 (12,9) |
| Psychotische stoornis | 3761(25,6) | 492 (10,4) | 117 (8,6) |
| Organische stoornis | 632 (4,3) | 44 (0,9) | 10 (0,7) |
| (primair alcohol) | 2154 (14,6) | 757 (16,0) | 190 (13,9) |
| (primair andere middelen) | 743 (5,1) | 179 (3,8) | 52 (3,8) |
| Overig/onbekend | 932 (6,3) | 306 (6,5) | 100 (7,3) |
| Geen/uitgestelde diagnose | 994 (6,8) | 223 (4,7) | 99 (7,3) |
| Verwijzer | | | |
| Huisarts | 3346 (23,1) | 1633 (34,4) | 175 (12,8) |
| Politie | 5737 (39,0) | 1094 (23,1) | 257 (18,8) |
| Algemeen ziekenhuis | 2478 (16,9) | 1144 (24,1) | 789 (57,8) |
| Ggz | 2587 (17,6) | 720 (15,2) | 114 (8,4) |
| Overig/onbekend | 457 (3,1) | 150 (3,2) | 29 (2,1) |

TABEL 1 Patiëntkenmerken bij face-to-facebeoordelingen door de Haagse crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst in beoordelingen waarbij suïcidaal gedrag of respectievelijk suïcidepogingen voorkwamen (vervolg)

| | Alle beoordelingen n (%) | Suïcidaal gedrag n (%) | Suïcidepoging n (%) |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| Gevolgde beleid | | | |
| Opname | 5062 (34,4) | 2019 (42,6) | 617 (45,2) |
| Spoedzorg | 4500 (30,6) | 1713 (36,1) | 439 (32,2) |
| Zorg | 1708 (11,6) | 265 (5,6) | 56 (4,1) |
| Verwezen naar elders | 1233 (8,4) | 352 (7,4) | 124 (9,1) |
| Afwachten/ter plaatse laten | 2160 (14,7) | 372 (7,8) | 121 (8,9) |
| onbekend | 42 (0,3) | 20 (0,4) | 7 (0,5) |

gedrag zonder poging). Beoordelingen waren ‘genest’ onder patiënten; het ging om een geneste onderzoeksopzet. Het uitgangspunt daarbij is dat waarnemingen binnen herhaalde beoordelingen niet onafhankelijk van elkaar zijn. Uitkomsten werden daarom gecorrigeerd voor de clustering van patiëntkenmerken binnen (herhaalde) beoordelingen. Dit reduceert kans op type 1-fouten.

Uit elke groep onafhankelijke variabelen (geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, diagnose, verwijzer, beleid) werd één categorie als referentiecategorie gekozen. Dit waren ‘vrouw’, ‘Nederlands’, ‘gehuwd’, ‘depressie’, ‘huisarts’ en ‘opname’. Deze categorieën kregen referentiewaarde oddsratio (OR) = 1. Alle overige categorieën werden als onafhankelijke variabelen (zie **TABEL 2**) in de regressievergelijkingen opgenomen. Uitkomsten zijn gepresenteerd in **TABEL 2** als OR's met een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) en een p-waarde. Voor de beschrijvende statistiek werd gebruik gemaakt van SPSS 23.0 en voor de logistische-regressieanalyses van STATA versie 14.0.

RESULTATEN

Tussen 1 juli 2009 en 10 september 2014 waren er 21.401 meldingen. In de analyses werden alleen *face-to-face*beoordelingen meegenomen (n = 14.705/21.401; 68,7%). De 14.705 beoordelingen betroffen 7969 unieke patiënten. Onbekend is hoeveel beoordelingen niet in de database terechtkwamen.

TABEL 1 laat zien dat in de groepen een meerderheid van de beoordelingen herhaalde beoordelingen waren. De beoordelingen betroffen het vaakst personen met de Nederlandse etniciteit (59,6%). De beoordelingen betroffen het vaakst personen zonder een vaste relatie (48,0%); beoordelingen van verweduwd personen kwamen minder vaak voor (3,4%). Een psychotische stoornis was de meest voorko-

mende primaire diagnose (25,6%), gevolgd door een stoornis in het gebruik van alcohol (14,6%) en depressie (13,9%). De aanpassingsstoornis en organische stoornis kwamen veel minder vaak voor (2,1% en 4,3%). Bij 32,2% van de consulten was er suïcidaal gedrag.

Bij 66,2% van de beoordelingen met een depressieve stoornis was er suïcidaal gedrag. Dit gold voor 54,4% van de beoordelingen met een aanpassingsstoornis en voor 59,2% van de beoordelingen met een persoonlijkheidsstoornis. Bij consulten met een psychotische stoornis was dit 13,1%. **TABEL 2** toont dat de kans op suïcidaal gedrag het grootst is bij patiënten met een depressieve stoornis.

De meeste beoordelingen vonden plaats na verwijzing door de politie (39,0%) en de huisarts (23,1%). Suïcidale patiënten werden naar verhouding echter vaker verwezen door de huisarts of een algemeen ziekenhuis dan door andere instanties (**TABEL 2**). Als er suïcidaal gedrag was, werd de patiënt in 42,6% van de gevallen opgenomen.

Relaties patiëntkenmerken en suïcidaal gedrag

De kans dat er suïcidaal gedrag was, verschilde niet per burgerlijke staat (**TABEL 2**).

Suïcidale patiënten waren gemiddeld jonger dan niet-suïcidale patiënten (41,3 vs. 44,8 jaar). Bij suïcidale patiënten was de depressieve stoornis de meest voorkomende diagnose (28,5%).

Bij Nederlandse patiënten en patiënten met een onbekende etniciteit was de kans op suïcidaal gedrag groter dan bij patiënten met een andere etniciteit (**TABEL 2**).

Relaties patiëntkenmerken en suïcidepogingen

Bij 9,2% van de beoordelingen was er een suïcidepoging. Van de beoordelingen waarbij er suïcidaal gedrag voorkwam, was er bij 28,0% ook een suïcidepoging (**TABEL 2**) en

TABEL 2 Relaties tussen patiëntkenmerken en beoordelingen door de Haagse crisisdienst (n = 14.705) waarbij suïcidaal gedrag werd geconstateerd (n = 4741) en waarbij er een suïcidepoging (n = 1364) was, gecorrigeerd voor clustering van kenmerken binnen patiënten (n = 7969)

| | Suïcidaal gedrag | | | Suïcidepoging | | |
|--------------------------------|------------------|-----------|-------|---------------|------------|-------|
| | OR | 95%-BI | p | OR | 95%-BI | p |
| geslacht vrouw | 1 | | | 1 | | |
| geslacht man | 1,02 | 0,93-1,14 | 0,584 | 0,84 | 0,73-0,98 | 0,022 |
| leeftijd | 0,98 | 0,98-0,99 | 0,000 | 0,99 | 0,98-0,99 | 0,000 |
| etniciteit | | | | | | |
| Nederlands | 1 | | | 1 | | |
| anders westers | 0,69 | 0,58-0,83 | 0,000 | 0,75 | 0,58-0,97 | 0,028 |
| Marokkaans | 0,62 | 0,49-0,79 | 0,000 | 0,67 | 0,45-0,97 | 0,032 |
| Antilliaans | 0,72 | 0,52-0,99 | 0,044 | 1,05 | 0,69-1,61 | 0,815 |
| Turks | 0,71 | 0,55-0,91 | 0,006 | 1,11 | 0,78-1,55 | 0,537 |
| Surinaams | 0,80 | 0,67-0,96 | 0,019 | 1,04 | 0,78-1,34 | 0,792 |
| anders niet-westers | 0,74 | 0,61-0,89 | 0,002 | 1,01 | 0,79-1,31 | 0,887 |
| onbekend | 0,85 | 0,69-1,03 | 0,102 | 0,94 | 0,69-1,29 | 0,706 |
| burgerlijke staat | | | | | | |
| gehuwd | 1 | | | 1 | | |
| nooit gehuwd/samengewoond | 1,01 | 0,88-1,17 | 0,800 | 0,74 | 0,61-0,91 | 0,003 |
| relatie verbroken (gescheiden) | 1,13 | 0,95-1,35 | 0,178 | 0,86 | 0,67-1,11 | 0,255 |
| weduwe/weduwenaar | 1,19 | 0,90-1,59 | 0,223 | 0,88 | 0,59-1,32 | 0,543 |
| onbekend | 0,93 | 0,78-1,11 | 0,447 | 0,75 | 0,58-0,97 | 0,028 |
| primaire diagnose | | | | | | |
| depressie | 1 | | | 1 | | |
| overige stemmingsstoornissen | 0,17 | 0,14-0,22 | 0,000 | 0,24 | 0,18-0,33 | 0,000 |
| angst | 0,41 | 0,34-0,49 | 0,000 | 0,46 | 0,36-0,60 | 0,000 |
| aanpassingsstoornis | 0,74 | 0,58-0,96 | 0,021 | 0,90 | 0,65-1,24 | 0,532 |
| persoonlijkheidsstoornis | 0,70 | 0,56-0,87 | 0,001 | 0,75 | 0,57-0,99 | 0,043 |
| psychotische stoornis | 0,09 | 0,08-0,11 | 0,000 | 0,15 | 0,11-0,19 | 0,000 |
| middelen alcohol | 0,35 | 0,29-0,41 | 0,000 | 0,37 | 0,30-0,47 | 0,000 |
| middelen anders | 0,19 | 0,16-0,24 | 0,000 | 0,31 | 0,21-0,44 | 0,000 |
| organische stoornis | 0,06 | 0,04-0,08 | 0,000 | 0,08 | 0,04-0,16 | 0,000 |
| overige | 0,35 | 0,29-0,43 | 0,000 | 0,58 | 0,44-0,75 | 0,000 |
| geen/uitgesteld | 0,23 | 0,19-0,28 | 0,000 | 0,46 | 0,35-0,61 | 0,000 |
| verwijzer | | | | | | |
| huisarts | 1 | | | 1 | | |
| politie | 0,41 | 0,37-0,47 | 0,000 | 1,51 | 1,21-1,89 | 0,000 |
| ggz | 0,77 | 0,68-0,88 | 0,000 | 1,32 | 1,02-1,71 | 0,033 |
| alg ziekenhuis | 1,01 | 0,89-1,15 | 0,818 | 10,77 | 8,87-13,09 | 0,000 |

TABEL 2 Relaties tussen patiëntkenmerken en beoordelingen door de Haagse crisisdienst (n = 14.705) waarbij suïcidaal gedrag werd geconstateerd (n = 4741) en waarbij er een suïcidepoging (n = 1364) was, gecorrigeerd voor clustering van kenmerken binnen patiënten (n = 7969) (vervolg)

| | Suïcidaal gedrag | | | Suïcidepoging | | |
|-----------------------------|------------------|-----------|-------|---------------|-----------|-------|
| | OR | 95%-BI | p | OR | 95%-BI | p |
| overig /onbekend | 0,77 | 0,61-0,97 | 0,029 | 1,76 | 1,15-2,68 | 0,008 |
| beleid | | | | | | |
| opname | 1 | | | 1 | | |
| spoedzorg | 0,62 | 0,56-0,68 | 0,000 | 0,51 | 0,43-0,59 | 0,000 |
| zorg | 0,30 | 0,25-0,36 | 0,000 | 0,26 | 0,18-0,36 | 0,000 |
| verwijzing | 0,44 | 0,38-0,52 | 0,000 | 0,43 | 0,34-0,55 | 0,000 |
| afwachten/ter plaatse laten | 0,35 | 0,30-0,40 | 0,000 | 0,55 | 0,43-0,69 | 0,000 |
| onbekend | 1,33 | 0,71-2,50 | 0,374 | 0,88 | 0,46-1,70 | 0,707 |

deze groep is dus een selectie binnen de groep beoordeelden met suïcidaal gedrag. Het betrof vaker vrouwen (56,7% vs. 43,7%). Pogers waren gemiddeld jonger (39,7 vs. 44,0) dan niet-pogers. De kans op een suïcidepoging was minder groot bij personen met een anders westerse en/of Marokkaanse etniciteit.

De kans op een suïcidepoging was bij alleenstaanden en personen met een onbekende burgerlijke staat kleiner dan bij patiënten met een andere burgerlijke staat.

Bij beoordelingen met een suïcidepoging was depressie de meest voorkomende diagnose (28,7%), gevolgd door problemen met alcohol (13,9%) en een persoonlijkheidsstoornis (12,9%). Bij 19,2% van de beoordelingen met depressie als primaire diagnose was er een suïcidepoging. Dit gold voor 19,4% van de beoordelingen met een primaire aanpassingsstoornis en voor 17,8% van de beoordelingen met een persoonlijkheidsstoornis. De kans op een suïcidepoging was het grootst bij patiënten met een depressie of een aanpassingsstoornis.

De meeste beoordelingen van suïcidepogers volgden op een verwijzing door het algemeen ziekenhuis (57,8%) en de politie (18,8%). Suïcidepogers werden minder vaak verwezen door de huisarts dan door andere verwijzers.

Bij de beoordelingen bij suïcidepogingen werden patiënten naar verhouding vaker opgenomen dan verwezen naar andere vormen van zorg (TABEL 2).

TABEL 3 Methodes van pogingen bij suïcidale patiënten

| Methoden | Suïcidaal | |
|---|-----------|--------|
| | n | % |
| Totaal | 1364 | 100% |
| Medicatie | 696 | 51,0% |
| Snijden | 143 | 10,5% |
| Ophanging | 107 | 7,8% |
| Gerelateerd aan railvoertuig/verkeer | 53 | 3,9% |
| Van hoogte springen | 41 | 3,0% |
| Verdrinken | 30 | 2,2% |
| Diverse (asfyxie, vuurwapen, auto, geforceerd ongeval etc.) | 118 | 8,7% |
| Vergiftiging | 40 | 2,9% |
| Onbekend, invulfout | 136 | 10,07% |

In meer dan de helft van de gevallen werd de poging met medicatie gedaan (n = 696) (TABEL 3). Verhanging, de meest gebruikte methode voor suïcide in Nederland (De Winter & Kerkhof 2012), stond met 7,8% (n = 108) op de derde plaats. Er waren geen verschillen in methoden tussen mannen en vrouwen.

DISCUSSIE

Een op de drie patiënten die worden beoordeeld door de crisisdienst vertoont suïcidaal gedrag. Suïcidaal gedrag komt vooral voor bij een depressie, een aanpassingsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Bij twee derde van de

patiënten met een depressie is sprake van suïcidaal gedrag. Meer dan een kwart van de suïcidale patiënten werd gezien na een poging. Deze patiënten waren jonger en vaker vrouw. De gebruikte methoden voor suïcidepogingen lijken in Den Haag niet anders te zijn dan in de rest van Nederland (Burger & Schudel 2008). De betrouwbaarste voorspeller voor suïcide is een eerdere suïcidepoging (Van Hemert e.a. 2012), in deze studie leidde een suïcidepoging vaker tot een opname, maar niet vaker tot spoedzorg. Spoedzorg betekent dat iemand binnen een werkdag wordt gezien bij een zorgprogramma buiten de crisisdienst. Mogelijk blijven patiënten vaker voor somatische zorg in een algemeen ziekenhuis of zijn er andere factoren (zoals een betrokken systeem) die spoedzorg onnodig maken.

Een aanpassingsstoornis vergrootte de kans op suïcidaal gedrag. Sinds meer dan een jaar wordt behandeling van de aanpassingsstoornis niet meer vergoed (Van den Heuvel 2013) en kunnen patiënten met deze diagnose niet goed doorverwezen worden. Het is een zorg hoe deze patiënten adequaat behandeld kunnen blijven en of de beperkte mogelijkheid om deze groep te behandelen invloed heeft op het aantal suïcides in deze groep, zoals Spuijbroek e.a. (2016) onlangs beschreven in dit tijdschrift.

Meer dan 40% van de door de crisisdienst beoordeelde suïcidale patiënten wordt opgenomen. Het is echter onduidelijk wat de effecten van deze interventie zijn en of opname een iatrogeen effect heeft (De Winter e.a. 2011). De hoge opnamecijfers hebben waarschijnlijk te maken met regionale verschillen (Wierdsma e.a. 2012). Er is echter geen goed vergelijkingsmateriaal voorhanden. Op dit moment worden veel bedden afgebouwd in verband met de gevolgen van het bestuurlijk akkoord (Van Hoof e.a. 2012) en het opnamepercentage zal daardoor waarschijnlijk gaan afnemen. Onder andere systeeminterventies zullen een belangrijker rol moeten gaan spelen als alternatief voor opname (Cornelis 2011), hetgeen in de MDRSG bepleit wordt (Van Hemert e.a. 2012). Er is echter nog weinig kennis over de vraag hoe naasten effectief kunnen worden betrokken bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (De Groot e.a. 2016).

We vinden in deze studie geen duidelijk verband tussen de burgerlijke staat of de etniciteit en suïcidaal gedrag. Bij alleenstaanden en bij een onbekende burgerlijke staat was de kans kleiner dat er sprake is van een suïcidepoging. Uit divers onderzoek komt naar voren dat alleenstaand, gescheiden of weduwe of weduwnaar zijn een groter risico geeft op suïcidaal gedrag en/of een suïcidepoging (Roskar e.a. 2011), maar dit zien we niet terug in deze studie.

Eerder is beschreven dat in Den Haag relatief veel allochtone vrouwen suïcidaal gedrag vertonen en relatief vaak suïcidepogingen doen (Burger e.a. 2005). Wij vinden echter

geen duidelijke verschillen, wat wellicht wordt verklaard doordat een selectie van patiënten bij de crisisdienst in beeld komt. Een andere mogelijke verklaring is de wijze van operationalisering van etniciteit. We konden Surinamers niet onderverdelen in Hindoestanen of creolen, terwijl eerder is gevonden dat vooral jonge Hindoestaanse Surinamers vaker pogingen doen (Burger e.a. 2009). Het SUNA-programma speelt een belangrijke rol in de opvang van deze personen; mogelijk is een aantal niet beoordeeld door de Haagse crisisdienst (Burger e.a. 2013) en is hierdoor bias opgetreden.

Suïcidale patiënten worden vaker verwezen door de huisarts en de algemene ziekenhuizen. De politie is de grootste verwijzer, maar verwijst verhoudingsgewijs minder vaak suïcidale patiënten. Het is onduidelijk in hoeverre de politie suïcidaal gedrag altijd herkent. Mogelijk zou het aantal verwijzingen van suïcidale personen door de politie kunnen toenemen als politiefunctionarissen worden getraind in het herkennen van suïcidaal gedrag (Isaac e.a. 2009).

Suïcide is moeilijk te voorspellen, maar suïcidaal gedrag en/of een poging is een risicofactor voor suïcide gedurende de rest van het leven. Het is dan ook noodzakelijk om met suïcidale patiënten een professionele samenwerking aan te gaan (Jacobs e.a. 2003). Het is belangrijk te beseffen dat van de mensen met suïcidaal gedrag ongeveer 40% geen behandeling krijgt (Bruffaerts e.a. 2011) en dus mogelijk ook niet in beeld komt bij een crisisdienst.

Beperkingen

Ten eerste is onduidelijk hoe het ontbreken van een onbekend aantal consulten de uitkomsten heeft vertekend. Ook is niet na te gaan hoeveel patiënten op het moment van de beoordeling al eerder gebruikmaakten van geestelijke gezondheidszorg.

Ten tweede was van circa 20% van de beoordelingen in alle groepen (TABEL 1) de burgerlijke staat van de patiënt onbekend. Het is aannemelijk dat dit bias heeft veroorzaakt. Eerder onderzoek laat namelijk zien dat suïcidaal gedrag vaker voorkomt bij alleenstaanden en gescheiden personen dan bij personen met een vaste relatie (Inder e.a. 2014). Wellicht kan onze afwijkende uitkomst worden verklaard doordat in de groep 'burgerlijke staat onbekend' relatief veel alleenstaanden en/of gescheiden personen zitten, aangezien de associatie tussen suïcidaal gedrag en alleenstaand of gescheiden zijn een robuuste bevinding is in onderzoek naar risicofactoren voor suïcidaal gedrag (Hawton & van Heeringen 2009).

Ten derde werden persoonlijkheidsstoornissen in ons onderzoek niet uitgesplitst terwijl bekend is dat suïcidaal gedrag bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornissen

nis veelvuldig voorkomt. Het kan betekenen dat bepaalde patiënten (bijv. met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis) een groter statistisch gewicht hebben gekregen, wat tot vertekening van de uitkomsten leidde.

Ten vierde zijn de classificaties gebaseerd op een klinisch oordeel of een eerder gestelde diagnose, zonder dat dit met een gevalideerd gestructureerd interview is gestaafd. Dit geldt ook voor suïcidaal gedrag; er is gebruikgemaakt van het klinisch oordeel over de aanwezigheid van suïcidaal gedrag en niet van gevalideerde meetinstrumenten. Uit de literatuur is bekend dat dit kan leiden tot onderschatting van suïcidaal gedrag, vooral van pogingen (Brown e.a. 2015). Daar staat tegenover dat de MRSRG adviseert om de klinische inschatting als maatgevend te nemen en dat het gebruik van instrumenten wordt afgeraden, aangezien er geen betrouwbare meetinstrumenten beschikbaar zijn om suïcidaal gedrag vast te stellen (Van Hemert e.a. 2012).

Ten vijfde beseffen we dat de uitkomsten gekleurd worden door de specifieke organisatie van de crisisdienst in de Haagse regio. Hierdoor zijn de resultaten mogelijk niet of slechts ten dele te extrapoleren naar andere regio's/crisisdiensten.

Als laatste is het lastig om een uitspraak te doen over de ernst van de poging. Als voorbeeld geven we een suicidepoging met een railvoertuig. Dit wordt in de regel als een ernstige poging gedefinieerd; het aantal mensen dat een aanrijding met een railvoertuig overleeft, is immers gering (Van Houwelingen e.a. 2010). Zo zijn er patiënten beoordeeld die op de rails hebben gelegen, zonder dat het duidelijk was in hoeverre er een intentie was om te worden aangerezen en/of er reëel gevaar was dat een patiënt door een railvoertuig zou worden aangerezen.

Vervolgonderzoek

Met dit onderzoek hebben we een eerste aanzet gegeven voor verder onderzoek. Ondanks de grove maten beoogden we meer inzicht en duidelijkheid te verkrijgen over het

handelen van de psychiatrische crisisdienst. De implementatie van de MRSRG is onderzocht in de Pitstopstudie (de Beurs e.a. 2013). De crisisdienst van Den Haag viel binnen deze gerandomiseerde gecontroleerde multicenterstudie in de controlegroep, wat betekende dat tijdens de studie de medewerkers geen training in richtlijntoepassingen ontvingen. Na 2014 is meer aandacht besteed aan de scholing van medewerkers. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of dit heeft geleid tot verschillen in diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

Patiënten worden nu nog vaak vrijwillig opgenomen, maar door de toekomstige beddenafbouw zal mogelijk een verschuiving ontstaan naar minder vrijwillige opnames en meer gedwongen opnames (Rhodes e.a. 2014). Het is ook nooit aangetoond dat opnames suïcides kunnen voorkomen (Rudd e.a. 1999). De laatste jaren worden door de beddenafbouw steeds minder patiënten opgenomen (Van Hoof e.a. 2012), terwijl het aantal opnamevoorkomende teams, die een belangrijke rol in de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag spelen, toeneemt (Ness e.a. 2012).

Met deze studie hebben wij een eerste aanzet gegeven voor een inventarisatie van suïcidaal gedrag bij de spoedeisende psychiatrie.

Relevant is te onderzoeken welke factoren de afhandeling van suïcidaal gedrag bepalen. Verder is het interessant om te monitoren in hoeverre het handelen van crisisdiensten verandert door de beddenafbouw en hoe effectief opnamevoorkomende teams zijn in het voorkomen van suicide. Interessant zou zijn om in de toekomst de uitkomst van verschillende behandelopties in kaart te kunnen brengen.

✍ De medewerkers van de crisisdienst van Den Haag, Rineke van Zuthem-Soerel en Ronald Kwakkelstein, voltooiden de database. Ad Kerkhof gaf advies bij de opzet van dit onderzoek en het schrijven van het manuscript.

LITERATUUR

- Aleman A, Denys D. Mental health: A road map for suicide research and prevention. *Nature* 2014; 22(509, 7501): 421-3.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision 4. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- Beurs DP de, de Groot MH, Bosmans JE, de Keijser J, Mokkenstorm J, Verwey B, e.a. Reducing patients suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* 2013; 14: 1-10.
- Burger I, van Hemert AM, Bindraban CA, Schudel WJ. Parasuicides in Den Haag. Meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiologisch Bulletin* 2005; 40: 2-8.
- Burger I, Schudel WJ. Suicides in Den Haag, 1987-2007. *Epidemiologisch Bulletin* 2008; 43: 2-9.
- Burger I, van Hemert AM, Schudel WJ, Middelkoop BJC. Suicidal behaviour in four ethnic groups in The Hague, 2002-2004. *Crisis* 2009; 30: 63-7.

- Burger I, van Vlist D, Bravaric R, Janki I, Ferber M. Verslaglegging over de periode juni 2011 t/m oktober 2012, met casusverslagen SuNa-casemanagement Den Haag voor 12 - 27-jarigen met suïcidaal gedrag epidemiologisch bulletin 2013; 48: 35-42.
- Brown GK, Currier GW, Jager-Hyman S, Stanley B. Detection and classification of suicidal behavior and nonsuicidal self-injury behavior in emergency departments. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 1397-403.
- Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, e.a. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 64-70.
- Groot MH de, de Winter RFP, van der Plas W, Kerkhof AJFM. Pilotstudie naar kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide (KEHR); datagestuurd evalueren en leren. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 351-60.
- Cornelis J. Intervenieren bij suïcidaliteit. Zonder naasten gaat het niet. *Systeemtherapie* 2011; 23: 217-30.
- Goldney, DR. Suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Šaltytė-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2013; 113: 1-16.
- Have M ten, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: Gedachten en pogingen. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-81.
- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW ea. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Heuvel E van den. Zorgverzekeraars gaan winkelen in de DSM. *Psychopraktijk* 2013; 5: 31-4.
- Hoeymans N, Schoemaker CG., De ziektebelast van suïcide en suïcidepogingen. Bilthoven: RIVM; 2010.
- Hoof F van, van Vugt M, Knispel A, Kroon. Bedden tellen - Afbouw van de intramurale ggz. *MGv* 2012; 67: 298-310.
- Houwelingen CA van, Kerkhof AJ, Beersma DG. Train suicides in The Netherlands. *J Affect Disord* 2010; 127: 281-6.
- Huisman A, van Houwelingen CH, Kerkhof AJFM. Psychopathology and suicide-method in mental health care. *J Affect Disord* 2010; 121: 94-9.
- Inder KJ, Handley TE, Johnston A, Weaver N, Coleman C, Lewin TJ, Slade T, Kelly BJ. Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC Psychiatry* 2014; 23: 208.
- Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, Sareen J. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 260-8.
- Isometsa E. Suicidal behaviour in mood disorders - who, when, and why. *Can J Psychiatry* 2014; 59: 120-30.
- Jacobs DG, McIntyre JS, Charles SC. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003; 160(11 suppl): 1-60.
- Keij I. Hoe doet het CBS dat nou? Standaarddefinitie allochtonen. *Index* 2000;10: 24-5.
- O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73-85.
- Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 249-7.
- Rihmer Z, Kapitany B, Gonda X, Dome P. Suicide, recession, and unemployment. *Lancet* 2013; 381: 722-3.
- Roskar S, Podlesek A, Kuzmanic, M, Demsar, LO, Zaletel M, Marusic A. Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis* 2011; 32: 24-30.
- Rhodes P, Giles SJ. 'Risky business': a critical analysis of the role of crisisresolution and hometreatment teams. *J Ment Health* 2014; 23: 130-4.
- Spuijbroek AT, Leezer YM, de Beurs DP, de Winter RFP. Het aandeel suicides door patiënten met een stoornis waarvan de ggz-behandeling thans niet meer vergoed wordt. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 803-8.
- Wexler L, Silveira ML, Bertone-Johnson E. Factors associated with Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001-2009: trends and implications for prevention. *Arch Suicide Res* 2012; 16: 273-86.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, e.a. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2013; 379: 1005-12.
- Wierdsma AI, Driessen GAM, Smeets HM, Visser E. Regionale verschillen in nazorg bij inbewaringstelling. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 777-83.
- Winter RF de, Krijger J, Hazewinkel MC, Miedema, van Amerongen A. Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Psychopraktijk* 2011; 3: 19-23.
- Winter RF de, Kerkhof AJ. Suizid und Suizidprävention in den Niederlanden. *Suizidprophylaxe* 2012; 150: 90-4.

SUMMARY

Suicidal behaviour and attempted suicide occurring during assessment by the outreach psychiatric emergency service

R.F.P. DE WINTER, M.H. DE GROOT, M. VAN DASSEN, M.L. DEEN, D.P. DE BEURS

- BACKGROUND** The outreach emergency psychiatric service plays an important role in recognising, arranging interventions and preventing suicide and suicidal behaviour. However, little is known about the assessments that members of the emergency team make when faced with patients showing suicidal behaviour.
- AIM** To describe the relationships that are revealed between patient characteristics, suicidal thoughts and attempted suicide during assessments made by the emergency psychiatric service in The Hague.
- METHOD** The emergency service kept a detailed record of 14,705 consultations. We compared the characteristics of patients who had suicidal thoughts with those of patients who had no such thoughts and we also compared the characteristics of patients who had attempted to commit suicide with those of patients who had not. We drew these comparisons by using logistic regression models, adjusting for clustering.
- RESULTS** 32.2% of the patients showed signs of suicidal behaviour and 9.2 % appeared likely to attempt suicide. Suicidal behaviour occurred most often in patients with depression. Suicidal patients were more often admitted to hospital than were non-suicidal patients and they were more likely to have been referred by a general practitioner or a general hospital. Medication was the most frequent means employed in attempts to commit suicide.
- CONCLUSION** In about one third of the consultations of the outreach emergency psychiatric service, the patient showed suicidal behaviour. The actions and the policy of the emergency psychiatric service with regard to suicidal behaviour were diverse and dependent on factors that could change over the course of time.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 140-149

KEY WORDS acute psychiatry, emergency psychiatry, outreach, suicidal behavior, suicide attempts